OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

La cobertura por Mecanismo de Integración es únicamente para los beneficiarios que tengan Certificado Único de Discapacidad vigente.

El legajo (uno por prestación) deberá enviarse a auditoria@ospap.org.ar con toda la documentación unificada en archivo digital PDF. El mismo podrá enviarlo únicamente el prestador. No se recibirá documentación por ninguna otra vía ni en otro formato de presentación.

Los informes semestrales y finales deberán enviarse por correo electrónico a auditoria@ospap.org.ar antes del envío de la factura correspondiente a dicho mes/período.

No se reconocerán facturas previas a la fecha de autorización de la prestación. El monto máximo para prestaciones de apoyo será de 4 (cuatro) semanas.

Para solicitar cambio de prestador, se deberá incluir en el legajo una carta firmada y aclarada por familiar/tutor legal responsable del beneficiario, donde conste a qué profesional solicitan cambiar y por cuál, junto a los motivos del pedido de cambio. Una vez aprobado el mismo, el prestador recibirá la autorización digital vía mail y allí podrá comenzar a brindar la cobertura. No se reconocerán facturas previas a la fecha de autorización del cambio de prestador.

Los días y horarios asignados en el consentimiento serán, si no hay un aviso de cambio posterior, los que esta Auditoría tomará como definitivos.

Únicamente se recibirán las planillas y anexos que consten en este instructivo.

Cada Anexo deberá completarse según modelo adjunto, de manera manuscrita y con firmas y aclaraciones ológrafas de familiar/tutor legal responsable y del profesional/prestador.

La dependencia (si la prestación lo requiere y corresponde) podrá solicitarse desde los 6 (seis) años cumplidos y deberá justificarse con las escalas de valoración funcional (ver anexos adjuntos). La misma puede ser completada por profesional idóneo según patología (neurólogo o fisiatra/terapista ocupacional). En diagnósticos correspondientes a Salud Mental, podrá completarla un médico psiquiatra. No se aceptarán escalas FIM completadas por otros especialistas. La presentación del FIM no acredita dependencia.

La Obra Social puede solicitar documentación adicional a la obligatoria según Resolución 1743/2024, la cual será excluyente.

Según Resolución 1743/2024, se autorizará en todos los casos, el prestador más cercano al domicilio del beneficiario.

No se reconocerán prestaciones los días sábados y domingos.

Frente al incumplimiento/faltante de alguno de los requisitos mencionados anteriormente y en este instructivo, y luego de notificar fehacientemente al prestador; OSPAP se reserva el derecho de autorización/suspensión de procesamiento de facturas hasta tanto no se regularice la situación observada, SIN EXCEPCIÓN.

Toda la documentación solicitada por OSPAP, se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Ante cualquier duda o consulta, puede comunicarse al 08103334683 interno 101 o por WhatsApp al 1168958455.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

- Beneficiarios: Esta modalidad prestacional se subdivide en dos ciclos:
- De 0 a 18/24 meses
- De 18/24 a 48 meses

- Frecuencia de atención: Entre 1 y 3 veces por semana. La sesión de tratamiento será de 45 minutos.

- Documentación:

a) Certificado Único de Discapacidad vigente
b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, la frecuencia de sesiones semanales, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
d) Prestador:
    - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. - (únicamente para nuevas prestaciones)
    - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
    - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
    - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
    - Título de grado (anverso y reverso) más especialización en estimulación temprana
    - Matrícula en jurisdicción a ejercer
    - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
    - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
    - Habilitación municipal (si no está a su nombre; agregar carta firmada y aclarada por quien figura como titular indicando que presta servicios allí)
    - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
    - Seguro de responsabilidad profesional
    - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
    - Informe final

e) Presupuesto (Anexo I)
f) Conformidad (Anexo III)

EDUCACIÓN INICIAL

- Niños con discapacidad entre 3 (tres) y 6 (seis) años de edad cronológica.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
     - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
     - Habilitación municipal para la actividad
     - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
     - Seguro de responsabilidad profesional
     - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
     - Informe final
  e) Presupuesto (Anexo I)
  f) Conformidad (Anexo III)

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

- Niños y jóvenes con discapacidad entre 6 (seis) y 18 (dieciocho) años de edad cronológica.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
     - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
     - Habilitación municipal para la actividad
     - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
     - Seguro de responsabilidad profesional
     - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
     - Informe final
  e) Presupuesto (Anexo I)
  f) Conformidad (Anexo III)

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

FORMACIÓN LABORAL

- Personas con discapacidad entre los 18 (dieciocho) y 35 (treinta y cinco) años de edad, con escolaridad primaria completa o incompleta.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
     - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
     - Habilitación municipal para la actividad
     - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
     - Seguro de responsabilidad profesional
     - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
     - Informe final
  e) Presupuesto (Anexo I)
  f) Conformidad (Anexo III)

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

- Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con posibilidades de acceder a un proceso de integración escolar en cualquiera de sus niveles.
- Frecuencia de atención: El módulo comprende una carga horaria mensual mínima de 32 horas, o bien por hora de apoyo en caso de requerir menos de 8 (ocho) horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Constancia de Alumno Regular con el CUE del establecimiento educativo. (Fecha límite de presentación marzo 2027)
  e) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Adaptación curricular
     - Acta Acuerdo firmada por familiar/tutor responsable legal, directivo de la escuela y prestador. (Fecha límite de presentación: abril 2027)
     - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
     - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
     - Habilitación municipal para la actividad
     - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
     - Seguro de responsabilidad profesional
     - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
     - Informe final
  f) Presupuesto (Anexo I)
  g) Conformidad (Anexo III)

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

MAESTRA INTEGRADORA

- Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con posibilidades de acceder a un proceso de integración escolar en cualquiera de sus niveles.
- Frecuencia de atención: El módulo comprende una carga horaria mensual mínima de 32 horas, o bien por hora de apoyo en caso de requerir menos de 8 (ocho) horas semanales. La cobertura únicamente podrá brindarla un licenciado/a en psicopedagogía o profesor/a de educación especial.
- El profesional que brinde esta prestación no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria, ni prestar servicio a hermanos/as que vayan al mismo curso.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Constancia de Alumno Regular con el CUE del establecimiento educativo. (Fecha límite de presentación marzo 2027)
  e) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Adaptación curricular
     - Acta Acuerdo firmada por familiar/tutor responsable legal, directivo de la escuela y prestador. (Fecha límite de presentación: abril 2027)
     - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Título de grado (anverso y reverso)
     - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud

- Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
- Seguro de responsabilidad profesional
- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final

g) Presupuesto (Anexo I)
h) Conformidad (Anexo III)

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

- Niños o jóvenes desde los 6 (seis) y hasta los 25 (veinticinco) años.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, dependencia si corresponde, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
     - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
     - Habilitación municipal para la actividad
     - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
     - Seguro de responsabilidad profesional
     - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria

- Informe final

e) Presupuesto (Anexo I)
f) Conformidad (Anexo III)
g) Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

CENTRO DE DÍA

- Preferentemente a partir de los 14 años. En las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana, sistema educativo o Centros Educativo Terapéuticos. En caso de producirse un ingreso antes de los 14 años deberá justificarse el mismo.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, dependencia si corresponde, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Prestador:
     - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
     - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
     - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
     - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
     - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
     - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
     - Habilitación municipal para la actividad
     - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos

- Seguro de responsabilidad profesional
- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final

e) Presupuesto (Anexo I)
f) Conformidad (Anexo III)
g) Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

REHABILITACIÓN

- A partir de los 5 años. En las edades anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana.
- Los tratamientos de rehabilitación podrán ser brindados bajo las especialidades de kinesiología, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, terapia ocupacional y musicoterapia.
- No se autorizará más de una sesión diaria.
- Documentación:
  a) Certificado Único de Discapacidad vigente
  b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) donde conste la terapia que se solicita

  la frecuencia de sesiones semanales, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
  c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
  d) Prestador:
    - Informe de evaluación inicial – Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación. – (únicamente para nuevas prestaciones)
    - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
    - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
    - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
    - Título de grado (anverso y reverso) -tratamientos individuales-
    - Matrícula en jurisdicción a ejercer -tratamientos individuales-
    - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso) -tratamientos individuales-

- Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
- Habilitación municipal (si no está a su nombre; agregar carta firmada y aclarada por quien figura como titular indicando que presta servicios allí)
- Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
- Seguro de responsabilidad profesional
- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final

e) Presupuesto (Anexo I)
f) Conformidad (Anexo III)

TRANSPORTE

- El módulo comprende el traslado de beneficiarios con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de prestación y viceversa. El mismo será otorgado cuando el beneficiario se vea imposibilitado de utilizar el traslado gratuito en transporte público (Ley 24.314).
- La cobertura se autorizará con kilometraje redondeado (sin decimales) hasta un total de 1500 km.
- En los casos en los que se superen los 1500 km mensuales, OSPAP podrá derivar según Resolución 1743/2024 a otro establecimiento más cercano al domicilio del beneficiario, reprogramar el cronograma de asistencia/plan de tratamiento o requerir un informe del médico tratante que justifique la necesidad de concurrencia al prestador seleccionado.
- En caso de hermanas/os que realicen el mismo viaje en transporte individual (auto), sólo se autorizará un pedido.
- Para los transportes educativos se reconocerá el receso invernal.
- Se reconocerán los kilómetros según geolocalización de Google Maps, y se tomará el recorrido más corto.
- Documentación:
    a) Certificado Único de Discapacidad vigente
    b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Neurología, Psiquiatría) que indique domicilios de salida/destino, ida-vuelta, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2027), dependencia (en caso de corresponder), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
    c) Justificativo médico del por qué el beneficiario no puede utilizar transporte público.
    d) Constancia de domicilio a nombre del beneficiario emitida por autoridad competente.
    e) Prestador:
- Licencia de conducir (anverso y reverso) donde conste transporte a pasajeros
- Habilitación municipal del auto/agencia.
- Póliza de seguro
- Verificación técnica Vehicular
- Cédula de Identificación de Vehículos

- Constancia de geolocalización con domicilios
- Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Presupuesto (Anexo II)
- Conformidad (Anexo IV)
- Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

ANEXOS

ANEXO I

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

Beneficiario:

DNI:

Modalidad prestacional a brindar:

Tipo de jornada a realizar:

Categoría:

Período: desde hasta

Almuerzo: Sí – No

Monto Mensual:

En caso de corresponder: Dependencia: Sí - No

Matrícula anual:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por Sesión:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación)

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

ANEXO II

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Correo electrónico de contacto:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza n°:

Beneficiario:

DNI:

Período: desde hasta

DIAGRAMA DE TRASLADO

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	KM por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslado: Marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1					
2					
3					

Total Km. Mensuales:

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación) Sí - No

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y Aclaración del Transportista

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

Yo……..con Documento Tipo (……..) N° ……, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación: ……
   - Prestador:
   - Período de Prestación: desde……..hasta…….
2. Prestación: ……
   - Prestador:
   - Período de Prestación: desde……..hasta…….
3. Prestación: ……
   - Prestador:
   - Período de Prestación: desde……..hasta…….
4. Prestación: ……
   - Prestador:
   - Período de Prestación: desde……..hasta…….

Firma:……..

Aclaración:……..

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de ……

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma:……..

Aclaración:……..

Documento:…….

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA
MECANISMO DE INTEGRACIÓN INSTRUCTIVO 2027

ANEXO IV

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

Yo……. con Documento Tipo (……) N° ……, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período:
desde……..hasta……..

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma:……..

Aclaración:……..

Documento:…….

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de ……

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma:……..

Aclaración:……..

Documento:…….

ANEXO V

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
TOTAL:		
Alimentación	-Totalmente independiente -Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. -Dependiente	10 5 0
Baño	-Independiente: entra y sale solo del baño -Dependiente	5 0
Vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y quitarse ropa, abotonarse, etc. -Necesita ayuda -Dependiente	10 5 0
Aseo personal	-Independiente: lavarse la cara, las manos, peinarse, etc. -Dependiente	5 0
Control anal	-Continencia normal -Incontinencia ocasional -Incontinencia	10 5 0
Control vesical	-Continencia normal -Un episodio diario como máximo de incontinencia -Incontinencia	10 5 0
Manejo en el inodoro	-Independiente para ir al baño, limpiarse sin ayuda -Necesita ayuda para ir al baño pero se limpia solo -Dependiente	10 5 0
Desplazamiento silla/cama	-Independiente para ir del sillón a la cama -Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo -Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo -Dependiente	15 10 5 0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros -Mínima ayuda física o supervisión para caminar 50 metros -Independiente en silla de ruedas sin ayuda -Dependiente	15 10 5 0
Escaleras	-Independiente para subir y bajar escaleras -Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo -Dependiente	10 5 0

PUNTAJE TOTAL ÍNDICE DE BARTHEL:

FIRMA, SELLO Y ACLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

ANEXO VI

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

CATEGORÍAS	DOMINIO	FIM TOTAL
Autocuidado 1.Alimentación 2.Arreglo personal 3.Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5.Vestido hemicuerpo inferior 6.Aseo perineal	Motor (máximo 91 puntos)	Máximo 126 puntos
Control de esfínteres 7.Control de vejiga 8.Control de intestino		
Movilidad 9.Traslado de la cama a silla o a silla de ruedas 10.Traslado en baño 11.Traslado en bañera o ducha		
Ambulación 12.Caminar/desplazarse (incluye silla de ruedas) 13.Subir y bajar escaleras		
Comunicación 14.Comprensión 15.Expresión	Cognitivo (máximo 35 puntos)	
Conocimiento social 16.Interacción social 17.Solución de problemas 18.Memoria		

Cada ítem debe ser puntuado del 1 al 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa 6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión 4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3 Asistencia moderada (mayor del 50% de dependencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)

FIRMA, SELLO Y ACLARACIÓN MÉDICO TRATANTE